常務理事	事務長		係

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書

日本国土開発健康保険組合　殿

令和　　年　　月　　日

解除申請者	健康保険の記号・番号	記号:	番号:		
	被保険者氏名	フリガナ （自筆）	生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日	
	住所	〒　　ー 電話　（　　）			
	対象者氏名		続柄		
	マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除について	□　マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を申請します。 **※利用登録を解除すると、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を行うことはできなくなります。** ※利用登録の解除を申請した方には、保険者から資格確認書を交付します。解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認書の持参が必要です。 ※利用登録解除後、マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」画面に反映されるまで、1～2か月程度時間がかかる場合があります。 署名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿		
	解除を希望する理由				

＊代理人により申請する場合は以下をご記入ください。

申請代行者	氏名		続柄	
	日中連絡先	（　　）		
	申請代行の理由			

受付日付印

（注）解除申請後から解除がなされるまでの間（1～2か月程度）に、
別の医療保険者等に異動した場合は、異動後の医療保険者等に対し、
自身が以前に加入していた医療保険者等に対して解除申請を行った旨を
申し出るとともに、資格確認書の申請を行うようにしてください。